Rok XXVIII. Kraków, 5 Października 1889. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

TREŚĆ: I. ROSENZWEIG i JAWORSKI: Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie. Sakcharyna jako lek i przyprawa. — II. BOSSOWSKI: Z kliniki chirurgicznéj Prof. Rydygiera w Krakowie. Szereg przypadków operowanych według metody antisept. Maasa. — III. *Oceny i sprawozdania. Bakteryjologija.* WINTER: O drobnoustrojach w przewodzie rodnym zdrowéj kobiety. — *Fizyjologija.* KUNKEL: O ciepłocie skóry ludzkiéj. — *Patologija.* SCHIMMELBUSCH: Przypadek raka wodnego. — *Farmakologija.* PASTERNACKI: O zmianach w tętnie i parciu krwi u gorączkujących pod wpływem taliny, antipiryny i antifebryny. — *Choroby wewnętrzne.* SCHLANGE: O niedrożności jelit. — *Chirurgija.* THOMAN: Przyczynek do leczenia przeciwgnilnego przetworami sozojodolu. — *Choroby weneryczne.* SAALFELD: Doniesienia lecznicze z praktyki dermatologicznéj. — IV. *Sprawy Towarzystw lekarskich.* Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska. — V. Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku. (C. d.) — VI. *Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.* — VII. *Wiadomości bieżące.*

I. Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie.

Sakcharyna jako lek i przyprawa.

Podali
na podstawie doświadczeń klinicznych
Drowie J. Rosenzweig i W. Jaworski.

Jeszcze w r. 1879 ogłosili amerykańscy chemicy C. Fahlberg i J. Remsen (*Ber. der chem. Gesellschaft in Berlin*, B. XII pag. 469) syntezę połączenia aromatycznego $C_6 H_4 \left\langle \begin{matrix} CO \\ SO_2 \end{matrix} \right\rangle NH$ t. j. bezwodnika kwasu orto-sulfo-amino-będźwinowego, otrzymanego przez szereg rozmaitych działań chemicznych z toluolu, jednego ze składników mazi z węgli kamiennych. Połączenie to, odznaczające się silnym smakiem słodkim, zwróciło na siebie dopiero w r. 1884 większą uwagę i zostało przez Fahlberga nazwane niewłaściwą nazwą sakcharyny, chociaż pod względem chemicznym niczego wspólnego z gromadą ciał, zwanych cukrami niema. Istota ta przedstawia w stanie chemicznie czystym proszek biały, okazujący własności kwasowe, we wodzie jednak bardzo trudno rozpuszczalny, natomiast związki jego z zasadami, a mianowicie ze sodem, sakcharynian sodowy (*natrium saccharinicum*), są we wodzie bardzo łatwo rozpuszczalne, a smaku silnie słodkiego, to też do użytku najprzydatniejsze. Jeden lub dwa centigramy sakcharynianu sodowego na 100 grm. wody przekroplonéj dają rozczyn, okazujący smak dostatecznie słodki. Większy dodatek sakcharyny wywołuje smak zbyt słodki, mniéj przyjemny. Lecz i w rozcieńczeniu 1-go ctgr. sakcharynianu sodowego na 1000 grm. wody utrzymuje się jeszcze smak wyraźnie słodki. Co do stopnia natężenia smaku słodkiego, to 1 grm. sakcharynianu sodowego równoważy 280 grm. zwyczajnego cukru trzcinowego. Wskutek tak silnego smaku słodkiego pojawia się obecnie silna dążność stosowania tego ciała bądź jako przyprawa do pokarmów miasto cukru, bądź też jako lek. Dość liczne w tych kierunkach dotąd ogłoszone prace nie są we swych wnioskach zgodne. Podczas gdy jedne z nich przedstawiają sakcharynę albo jako środek mający wartość leczniczą, albo jako zdrowiu ludzkiemu nieszkodliwy, to inne znów uważają ją albo bez wartości leczniczéj, albo nawet dla ustroju ludzkiego szkodliwą.

Pomijamy tu liczne świadectwa lekarskie, umieszczone w reklamach fabrykantów, jak n. p. z kliniki lekarskiej prof. Leydena w Berlinie, a nadmieniamy tylko wyniki najważniejszych prac doświadczalnych, dotyczących działalności i zastosowania sakcharyny.

A. Stutzer (*Deutsche-amerikanische Apotheker-Ztg.*, 1885 Nr. 4) robiąc doświadczenia z kwaśną sakcharyną, dostrzegł, że dodana w ilości 0·1% do rozczynu bulijonu i cukru działa widocznie przeciwgnilnie, które to działanie Landolt, P. Mercier, Van Heurck także spostrzegli. W doświadczeniach znów wykonywanych na królikach i psach przekonał się Stutzer, że sakcharyna na czynność ustroju żadnego wpływu nie wywiera. V. Aducco i U. Mosso (*Arch. per le scienze med.* IX 1885, p. 407) robiąc dokładniejsze doświadczenia na żabach, psach i królikach, dochodząc do dawek 5 gramowych, nie dostrzegali także żadnego wpływu na ustrój zwierzęcy. Powyższéj dawki i sami autorowie używali, nie doznając żadnego wpływu na czynności lub przemianę materyi w ustroju. Zauważyli tylko, że cała ilość sakcharyny przechodzi do moczu, w którym się ukazuje już w pół godziny po zażyciu, a nie przechodzi do mleka i śliny. Bez poparcia doświadczeniami klinicznemi polecają autorowie powyżsi sakcharynę zamiast cukru w cukrzycy, otyłości i w stanach chorobowych, w których treść żołądka, jelit lub pęcherza znajdują się w rozkładzie. E. Salkowski (*Ueber das Verhalten des sogenannten Saccharin im Organismus.* — *Virch. Arch.* 1886, B. 105, p. 46—62) znalazł w swych doświadczeniach laboratoryjnych, że ślina i sok trzustkowy utracają siłę trawiącą pod wpływem sakcharyny tylko wtenczas, jeżeli rozczyn jest kwaśny, po zobojętnieniu zaś jako sakcharynian sodowy działanie powyższych rozczynów nie ustaje. Nie powstrzymuje sakcharyna również sztucznego tra-

wienia żołądkowego. Własność zaś przeciwgnilną sakcharyny badaną za pomocą bulijonu znalazł autor bardzo słabą. W doświadczeniach znów na psach i królikach, stosując dawki po 2 grm. dziennie, nie zauważył Salkowski w wydzielinach tych zwierząt żadnych zmian; jedynie ukazało się u psów małe powiększenie pierwotnego ciężaru ciała i oznaki słabego działania przeciwgnilnego w przewodzie pokarmowym. Th Stevenson i C. Wooldridge (*The Laucet* 17. Nov. 1888, p. 958) usktecznali podobne doświadczenia laboratoryjne i zwierzęce i przyszli do tych samych wyników, co Salkowski, z wyjątkiem, że znaleźli, że 1% sakcharyny sztuczne trawienie żołądkowe włóknika powstrzymuje E. Gans w swéj również laboratoryjnéj pracy (*Berl. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 13) przychodzi do wniosku, że trawienie soku żołądkowego i jelitowego, jako też rozkład kału bywają przez sakcharynę kwaśną powstrzymane, podczas gdy sakcharynian sodowy jest w tych kierunkach bez wpływu.

Przechodząc do prac czysto klinicznych nad działaniem sakcharyny, wymieniamy z dotychczasowych rozprawę Kohlschüttera i Elsässera (*Saccharin bei Diabetes mellitus. D. Arch. f. kl. Med.* 1887, B. 41, p. 178), w której podnoszą korzystny wpływ tego ciała na przebieg cukrzycy. E. Stadelmann (*Ueber die Schädlichkeit des Saccharin. Mittheilungen aus der med. Klinik in Heidelberg*) podając 11-tu chorym sakcharynę w dawkach coraz większych, opisuje przypadki, w których stosowanie po 3 gramy sakcharyny sprawiało nudności i gniecenie w żołądku. Najwięcéj jednak zasługuje na uwagę ostatnia praca kliniczna w tym kierunku wykonana w klinice prof. Draschego we Wiedniu przez Drów A. Petscheka i Th. J. Zernera na 50 ciu chorych (*Ueber das Saccharin. Centralblatt f. ges. Therapie* 1889, H. VI). Do téj pracy, która się ukazała już po ukończeniu naszych doświadczeń klinicznych i z naszemi głównemi wynikami jest zgodną, powrócimy jeszcze kilkakrotnie w ciągu niniejszéj rozprawy. Także wielu praktykujących lekarzy, jak Pollatschek (*Zur Diätetik des Diabetes mellitus, Allg. Wien. med. Zeitung* 1887, Nr. 5); Abeles (*Wiener med. Woch.* 1887, Nr. 24); Kretowicz (*Wiadomości lekarskie* 1889) polecają stosowanie sakcharyny w praktyce lekarskiej.

Podczas gdy wyżéj wymienione prace wykazywały wyniki korzystne po stosowaniu sakcharyny, nie brak jednak publikacyj, zwracających uwagę na szkodliwość téj istoty chemicznéj. Worms przedstawił w Akademii lek. w Paryżu (*Bull. de l'Academie de med.* 1888, p. 498) cztery przypadki cukrzycy, w których stosował tylko po 0·1 grm sakcharyny, a już po 14 dniach dalszego podawania z powodu rwania na wymioty i ciśnienia w żołądku zaprzestać musiał. A. Dujardin-Beaumetz podniósł na posiedzeniu Akademii również obawę o upośledzenie trawienia żołądkowego i trzustkowego, jako też o podrażnienie nerek przez sakcharynę. W następstwie tego przedsiębrało we Francyi kilku autorów (Brouardel, Pouchet, Ogier et Loye, Girard, Constantin Paul i Kügler. *Annales d'hygiene publique et de médécine légale* 1888, p. 300) laboratoryjne doświadczenia nad wpływem sakcharyny na trawienie i nad jéj własnościami przeciwgnilnemi i przyszli do wniosku, że sakcharyna wstrzymuje sztuczne trawienie istot skrobiowatych i białka i działa przeciwgnilnie, dla tego też jako takie ciało dla ustroju jest szkodliwe. Podobnie i Plugge (referat z *Centralbl. f. med. Wiss.* 1898, Nr. 17) spostrzegał w swych laboratoryjnych pracach upośledzenie trawienia skrobi i białka pod wpływem sakcharyny, a stąd teoretycznie wnioskując wypowiada zdanie, że sakcharyny podobnie jak kw. salicylowego nie należy używać jako dodatku do pokarmów.

Wobec okoliczności, że sakcharyna coraz więcéj wciska się do użytku bądź jako lek, bądź jako przyprawa do pokarmów, a zapatrywania w téj kwestyi, jak wyżéj przytoczono, nie są zgodne, chcieliśmy sobie w niéj własny sąd wyrobić. To też na materyjale kliniki lekarskiéj, przez prof. Korczyńskiego łaskawie nam pozostawionym, przedsięwzięliśmy szereg doświadczeń ze sakcharyną tak na osobach względnie zdrowych, jako też i chorych.

Przetwór przez nas używany nie była to czysta kwaśna sakcharyna, lecz sól jéj sodowa (*natrium saccharinicum solubile*) obojętna i rozpuszczalna, otrzymana wprost z fabryki: Fahlberga, List et Co in Salbke-Westerhüsen n/E., co o tyle jest ważnem do zanotowania, że pojawiły się tu i owdzie inne przetwory, tę samą nazwę noszące, a różniące się prawdopodobnie składem chemicznym od sakcharyny Fahlberga.

W doświadczeniach naszych zamierzaliśmy się dowiedzieć o następujących szczegółach:

a) Jaki wpływ wywiera sakcharyna na pojedyńcze czynności ustroju po jednorazowem i długotrwającem użyciu?

b) Jakie są największe dawki sakcharyny, które ustrój bez szkody znosić może?

c) Jaki wpływ wywiera sakcharyna w stanach patologicznych?

Sakcharynian sodowy podawaliśmy u 22 osób, częścią ozdrowieńców, lub ludzi z małemi zboczeniami w różnych narządach, o ile takich w materyjale klinicznym znaleźć mogliśmy, częścią u chorych leżących w klinice. Co do dawek to stosowaliśmy sakcharynę od 1 do 50 gramów. Dawki do 15 grm. podawano w opłatku, większe zaś rozpuszczano co najwięcéj w ćwierć litra wody przekroplonéj, wlewając roztwór za pomocą sondy do żołądka. Największa ilość zażytego sakcharynianu sodowego przez jednego człowieka wynosiła 520 grm. w przeciągu dni 9-ciu. Stosowaliśmy przeto dawki wielkie większe o wiele od tych, jakich ktokolwiek u zwierząt lub ludzi używał. Oprócz doświadczeń na żywym ustroju robiliśmy także sztuczne w pracowni klinicznéj, a to mianowicie w zakresie trawienia. A prócz tego stosowaliśmy sakcharynę jako lek w chorobach pęcherza u trzech osób.

I. Przystępując do szczegółowego omówienia kwestyi co do wpływu sakcharynianu sodowego na ustrój ludzki zaznaczymy przedewszystkiem, że u żadnéj z osób, u których sakcharynę podawaliśmy, zboczeń w zakresie układu nerwowego, w zakresie sfery zmysłowéj, ani umysłowéj i przy najwyższych dawkach (50 grm.), jako też i po sześciomiesięcznem stosowaniu nie zauważyliśmy, a przetwór powyższy w celu unikuięcia symulacyi w podanych kierunkach ze strony pacyjentów, którzyby niechętnie do doświadczeń służyć chcieli, jako lek podawaliśmy.

II. Co do narządu krążenia, to według doświadczeń naszych stanowczo orzec musimy, że sakcharynian sodowy na takowy w najmniejszym stopniu nie wpływa ani dodatnio ani ujemnie. Tętno po podaniu dużych nawet dawek nie uległo u osób, u których sakcharynę podawaliśmy, zmianie, ani co do ilości, ani co jakości i to ani u ludzi, których narząd krążenia był prawidłowy, ani u ludzi z wadami organicznemi serca, ani też wśród stanu gorączkowego. Obrazy sfigmograficzne, zdejmowane u 4 osób z prawidłowym narządem krążenia, u 2 gorączkowych i u jednego z wadą sercową przed zażyciem i w $^1/_4$—1 godziny po uży-

ciu sakcharynianu sodowego, nie okazały żadnéj różnicy w wejrzeniu.

Również nie zauważono u osób badanych obniżenia ciepłoty ciała pod wpływem sakcharynianu sodowego, o czem wspominają Petschek i Zerner (l. c. p. 329).

III. Trawienie ślinowe. Aby się przekonać, czy i o ile sakcharynian sodowy wpływa na działanie śliny na skrobię, robiliśmy doświadczenia *in vitro*, gdyż *in vivo* jest to rzeczą bardzo trudną. Nadmieniamy przytem, że sakcharyna użyta w ślinę nie przechodzi tak, żeby ją już smakiem w ustach człowieka, na którym się doświadczenie dokonywa, wykazać można było, na co Aducco i Mosso (l. c.) już zwrócili uwagę. Ponieważ Salkowski (l. c), jako też Petschek i Zerner (l. c. p. 324) nie dostrzegali żadnego wpływu małych dawek sakcharynianu sodowego na działanie śliny na skrobię, przeto używaliśmy w naszych doświadczeniach bardzo zgęszczonych rozczynów tegoż. W tym celu wzięto trzy rurki odczynnikowe, do każdéj nalano po 5 c³ klajstru z gotowanego saga i rozcieńczono w każdéj z nich klajster 5-ma c³ wody przekroplonéj.

Następnie do jednéj rurki odczynnikowéj dodano sakcharynianu sodowego 0·5 grm., do drugiéj 0·5 sakcharyny kwaśnéj, a trzecią pozostawiono z czystą wodą. Do wszystkich 3 rurek dodano następnie po 1 c³ śliny otrzymanéj od zdrowego człowieka, zamięszano i wstawiono do ciepłoty 40° C. na 4 minuty. Po upływie tego czasu zrobiono próbę Trommera na cukier we wszystkich trzech rurkach, a takowa dała wynik dodatni tylko w rurce, do któréj sakcharyny nie dodano.

Powtórzono to samo doświadczenie, ale z dodaniem 0·2 grm. zamiast 0·5 grm. sakcharyny obojętnéj do jednéj rurki odczynnikowéj, a nasyconego rozczynu sakcharyny kwaśnéj 5 c³, zamiast poprzednio użytéj mięszaniny z 5 c³ wody przekroplonéj i 0·5 grm. sakcharyny kwaśnéj do drugiéj rurki odczynnikowéj. Postawiono następnie próby powyższe po dodaniu do każdéj po 1 c³ śliny, wraz z próbą kontrolującą, t. j. z czystą wodą, do ciepłoty 40° C. na 4 minuty; i tym razem oddziaływanie na cukier wystąpiło bardzo wyraźnie z czystą wodą i sakcharynianem sodowym, podczas gdy w próbie, do któréj dodano nasyconego rozczynu sakcharyny kwaśnéj, nie pojawiło się wcale.

Z powyższego wynika, że sakcharyna czysta przeszkadza działaniu śliny na skrobię, działając jako kwas, że jednak i sakcharyna obojętna upośledza trawienie ślinowe, ale dopiero, gdy się znajduje wobec śliny w ilości tak znacznéj, w jakiéj nigdy znaleźć się nie może, gdy się go użyje jako przyprawy do pokarmów. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Rydygiera w Krakowie.

Szereg przypadków operowanych według metody autiseptycznej Maasa.

Skreślił
Dr. Aleks. Bossowski
Docent chirurgii i I asystent kliniki chirurg.

Łącznie z zestawieniem nadmienionych w wykładzie moim habilitacyjnym zabiegów plastycznych korzystam z pozwolenia czcigodnego przewodnika mego prof. Dra Rydygiera, aby ogłosić szereg przypadków z kliniki chirurgicznéj krakowskiéj, operowanych w ubiegłym roku szkolnym według metody autoplastycznéj przez Maasa udoskonalonéj i nawiązać zarazem kilka uwag, które przypadki te nastręczyły.

Szereg liczy ogółem 7 przypadków transplantacyi, z których trzykrotnie przeszczepiano płat skórny na odświeżoną powierzchnię granulacyjną, w innych zaś 4 przypadkach przeniesiono płat na świeżą powierzchnię ranną, wytworzoną przez wycięcie nowotworu lub blizny. W 6-ciu przypadkach użyto do przeszczepienia skóry brzucha, skąd wycięty płat już to bezpośrednio, jak w pierwszych 5 razach, dotyczących pokrycia plastycznego kończyny górnéj, jużto na drodze wędrówki powolnéj, jak w przypadku 6-tym z blizną przyciągającą ramię do klatki piersiowéj, przeniesiono na istniejący, lub zabiegiem operacyjnym wywołany ubytek.

I. Przypadek autoplastyki, wykonanéj sposobem Maasa, celem zastąpienia ubytku dłoni po wyciętym nowotworze, dotyczył mężczyzny W. M. l. 47, z Opatowca, u którego przed 6 laty na skórze dłoni prawéj miał pojawić się guzek wielkości jęczmienia, niebolesny, który po czterech latach istnienia uległ drobnemu owrzodzeniu. W ostatnich dwóch latach wrzód szerząc się zwolna sprowadzał od czasu do czasu krwotoki, a w ostatnich tygodniach był przyczyną silnych bólów, pozbawiających w zupełności snu chorego.

W d. 13 grudnia 1888 roku chory przyjęty do kliniki chirurgicznéj przedstawiał stan następujący: na dłoni prawéj ręki znachodzi się wrzód wielkości guldena srebrnego, który zajmuje prawie środkową część dłoni i okazuje w części obwodu swego po stronie łokciowéj brzegi płaskie, nierówne, zatokowate, lekko naciekłe, podczas gdy obwód jego po stronie kości sprychowéj cechuje się brzegiem wyniosłym i stwardniałym. Dno wrzodu, lejkowato się zagłębiające, pokryte jest miejscami nalotem szaro-żółtawym, a przy badaniu zgłębnikiem wyczuć można kości śródręcza nie obnażone. Palce lekko zgięte o ruchach czynnych bardzo upośledzonych; ruchy bierne nader bolesne i zwłaszcza w kierunku wyprostowania utrudnione. Na grzbiecie ręki obrzęk ciastowaty, a powyżéj przegubu łokciowego obrzękłe gruczoły limfatyczne, do wielkości fasoli dochodzące. Gruczoły limfatyczne pachy prawej nie macalne.

Rozpoznanie kliniczne z powyższych objawów wrzodu nowotworowego na dłoni stwierdzonem zostało badaniem anatomiczno-histologicznem w pracowni Wgo prof. Browicza dokonanem, które wykazało utkanie mięsakowe.

D. 18 grudnia 1888 r. przystąpiono do wycięcia nowotworu, zabierając zwyrodniałe ścięgna zginaczy palców powierzchownych, począwszy od palca wskazującego i w przeważnéj części zmienione nowotworowo mięśnie krótkie palca wielkiego. Pochewki ścięgien zginaczy palców głębokich, mięśnie glistowate i międzykostne, wzdłuż których szerzył się naciek nowotworowy, częścią ziarninowy, częścią śluzakowy, również wydalono. Rozległy ubytek dłoni po wycięciu nowotworu powstały postanowiono pokryć plastycznie sposobem Maasa przez przeniesienie płatu skórnego z brzucha. Z lewéj połowy tegoż wykrojono płat skórny długi na 14 cm., szeroki na 8 cm. z podstawą w okolicy łuku żebrowego lewego, zajmujący równocześnie skórę i tkankę podskórną i zgiąwszy kończynę górną w łokciu, ułożono rękę dotkniętą ubytkiem na brzuchu tak, że opierała się brzegiem swym łokciowym o ścianę tegoż, przyszyto brzeg płatu przeciwległy szypułce do brzegu promieniowego ubytku dłoni. Do szwu użyto jedwabiu, zakładając w dość znacznych odstępach pojedyncze zwęźlenia. Powierzchnia ranna płatu przylegała dokładnie do dna ubytku dłoniowego, boczne zaś brzegi płatu stykały się z brzegami ubytku, nie połączone na razie szwem. Ubytek wynikły z wykrojenia płatu skórnego na brzuchu zamknięto w większéj części szwem węzełkowym jedwabnym, okrywając go w górnéj niepołączonéj części równie jak szypułkę płatu przeszczepionego na dłoń płatkami gazy, pociągniętéj maścią borową. Po osłonięciu dłoni gazą jodoformową ustalono rękę, przedramię i ramię nieruchomo za pomocą wałków i poduszek z waty sublimatowéj, otoczonéj gazą sublimatową i takowe umocowano zwojami opaski miękkiéj i organtynowéj mocno nakrochmalonéj, które otaczały brzuch i klatkę piersiową wraz z całą kończyną chorą.

Przebieg pooperacyjny nie przedstawiał żadnych zabu-

rzeń. W 10 dni po przeszczepieniu płatu, gdy po pierwszéj zmianie opatrunku znaleziono płat przyrośnięty do dna i do brzegu ubytku, jak daleko szew sięgał, wydobyto szwy i przecięto szypułkę płatu, a po przystósowaniu go i odświeżeniu zarówno jego brzegów, jakoteż brzegów ubytku, połączono takowe szwem z nitek lnianych w reszcie obwodu dotąd niezespojonéj. Ranę brzuszną złączono też jeszcze kilku szwami, pozostawiając jednak małą powierzchnię ranną niezamkniętą dla zbytniego napięcia brzegów ubytku. Przy drugiéj zmianie opatrunku w 7 dni późniéj dostrzeżono, że przybrzeżne części przeszczepionego płatu na ograniczonéj przestrzeni ulegają obumarciu, szwy wyjęto, a ranę zasypawszy cienko proszkiem jodoformu, pokryto gazą jodoformową. Z rany brzusznéj, gdzie przyszło w pojedynczych kanałach szwu do ropienia, wydobyto również szwy i zaopatrzono ją antiseptycznie. Dalszy przebieg leczenia odbywał się wśród częstéj zmiany opatrunku tak na dłoni, jako też na brzuchu. Skrawek obumarły płatu oddzielał się zwolna i aseptycznie tak, że w d. 20 lutego, gdy chorego przedstawiono w Towarzysświe lekarskiem krakowskiem, znachodził się wąski rąbek ziarniny na miejscu, gdzie przybrzeżna część płatu uległa obumarciu.

Ruchy palców przez mięsienie, kąpiele, bierne i czynne ruchy opornie wprawdzie, jednak statecznie się poprawiały. Badanie czucia w przyszczepionym płacie wykazało należyte oddziaływanie na ból, upośledzenie uczucia przy dotyku, znaczne upośledzenie uczucia zimna i ciepła, prawidłowe zaś czucie ucisku, jako też dobrą lokalizacyję i przewodnictwo. D. 22 lutego chory opuścił zakład z poleceniem, aby po upływie kilku tygodni przedstawił się w ambulatoryjum klinicznem.

Dn. 1 czerwca chory zgłosił się ponownie z nawrotem nowotworu, który obecnie głównie w kierunku grzbietu ręki się szerząc, sprowadził tu obrzęk o skórze zaczerwienionéj, napiętéj i ścieńczonéj i zniewolił do odjęcia choremu kończyny w dolnéj połowie przedramienia.

Płat przeszczepiony wśród tego czasu ścieńczał wyraźnie, w każdym jednak razie grubością swą jako też odmienną barwą odróżniał się od skóry obwodowych części dłoni. W pobliżu kącika, między palcem wielkim a wskazującym, widać szczelinowate owrzodzenie strupem z krwi pokryte, prowadzące w głąb w częściach miękkich między kośćmi śródręcza ku grzbietowi ręki. Palce, których chory dla bólów wywołanych odnawiającym się nowotworem wcale nie ćwiczył,, przykurczone w zgięciu ku dłoni i niezdolne do ruchów czynnych z wyjątkiem palca małego, którym chory nieco porusza. Ruchy bierne bolesne, ale możebne, zarówno w kierunku zgięcia, jako też wyprostowania.

W II-gim przypadku pokryłem autoplastycznie sposobem M a a s a owrzodzenie na grzbiecie ręki lewéj u mężczyzny J. S. l. 23 z Tyńca, u którego skutkiem postrzału w dłoń lewą z pistoletu naładowanego prochem i przybitką papierową powstała rozległa f l e g m o n a i następowe obumarcie skóry na znacznéj przestrzeni grzbietu ręki. Chory, leczony zrazu ambulatoryjnie, wstąpił d. 6 stycznia 1889 r. do kliniki chirurgicznéj stałéj i wówczas okazywał stan następny: Grzbiet ręki lewéj na przestrzeni mierzącéj wzdłuż 7 cm., wszerz zaś 3 cm., przedstawia ubytek skóry wypełniony bujną ziarniną, żywo-czerwoną i skąpo wydzielającą, z brzegów którego rozrasta się niebiesko-biaława smuga przyskórka. Na przedramieniu téj saméj kończyny wyżéj stawu nadgarstkowego drobne owrzodzenie podłużne strupem pokryte. Ruchy czynne palców i ręki w kierunku zgięcia dłoniowego zupełnie upośledzone.

D. 10 I. 1889 wykonałem zabieg operacyjny. Po dokładnem oczyszczeniu i odkażeniu ręki lewéj i skóry brzucha, wyskrobano ostrą łyżeczką górne, miękkie pokłady ziarniny z grzbietu ręki i obraniono nożem brzegi ubytku, oddzielając je nieco od podstawy za pomocą podważki.

Krwawiącą powierzchnię ranną uciśnięto tamponem z gazy sublimatowéj i wykrojono teraz z prawéj połowy brzucha płat długi na 12 cm., szeroki na 8, złożony z skóry i tkanki podskórnéj tak, że podstawa jego leżała poniżéj łuku żebrowego prawego, cięcia zaś boczne przebiegały skośnie w dół i ku linii środkowéj. Po nałożeniu podwiązek na krwawiące naczynia powłok brzusznych złączono dokładnie szwem węzełkowym z jedwabiu brzegi ubytku w skórze brzucha aż w pobliże szypułki płatu i osłoniwszy gazą zeszytą ranę brzuszną, ułożono rękę lewą chorego na brzuchu tak, że płat brzuszny ranną swą powierzchnią spoczął gładko na dnie ubytku grzbietowego ręki. Kilku szwami węzełkowemi z jedwabiu zespojono brzeg płatu przeciwległy jego podstawie z brzegiem ubytku ręki po stronie łokciowéj i osłoniwszy kawałkiem gazy pokrytéj maścią borową szypułkę płatu i niepołączoną część rany w powłokach brzusznych, zaopatrzono ranę ręki i otoczenie jéj gazą jodormową i pokładem waty sublimatowéj. Do ustalenia kończyny górnéj na brzuchu użyto wałków i poduszek z waty drzewnéj, umocowanych zwojami opaski miękkiéj i nakrochmalonéj, które okryły brzuch i klatkę piersiową wraz z chorą kończyną górną.

Przebieg gojenia był zupełnie pomyślny.

Dn. 21 I. 1889 r., a więc po 11 dniach od wykonania transplantacyi, zmieniono pierwszy opatrunek i przecięto całą szypułkę płatu, a gdy w następstwie tego płat w całości znacznie przybladł, nie złączyłem go do reszty szwem z brzegiem ubytku, ale skłoniłem się wobec dostatku płatu do zaczekania dni kilku z obawy przed obumarciem części przybrzeżnych płatu. Po wydobyciu też tylko szwów z płatu, założonych śród pierwszego aktu autoplastyki, jako też szwów łączących częściowo ranę w powłokach brzusznych, która w niezespojonéj części goiła się przez wytworzenie się ziarniny, opatrzyłem jedną i drugą ranę antiseptycznie i rękę zawiesiłem na temblaku.

D. 31/1 1889 zmieniono po raz wtóry opatrunek, przyczem znalazłem, że część szypułkowa płatu w nadmiarze po za brzeg ubytku grzbietowegó ręki zwisająca, uległa obumarciu, a nawet część platu, leżąca już na dnie ubytku, okazywała na powierzchni podejrzaną barwę szaro-żółtawą. Po odcięciu z platu przeszczepionego części wyraźnie obumarłéj, zespoiłem szwem luźnym płat do reszty teraz już w całym obwodzie z obranionemi świeżo brzegami ubytku grzbietowego ręki. D. 7/2 1889 przy zmianie następowéj opatrunku okazało się, że płat przeszczepiony pokrywał dokładnie ubytek i odzyskał prawidłową barwę tak, że prócz nieznacznego ropienia w pojedyńczych kanałach szwowych udało się osiągnąć wygojenie przez rychłozrost. Wydobyto szwy i okryto grzbiet ręki płatkiem powleczonym maścią borową.

D. 20/2 1889 przedstawiono chorego w Towarzystwie lekarzy krakowskich; można było stwierdzić, że płat przeszczepiony jest dokładnie przesuwalny na podstawie i elastyczny, jakkolwiek znacznie od skóry otaczającéj grubszy. Czucie bólu na skórze przeszczepionéj było prawidłowe, czucie dotyku, jako też czucie ucisku i zimna i ciepła upośledzone. Nie mniéj i lokalizacyja czucia okazywała zaburzenie, podczas gdy przewodnictwo nie zdradzało zboczenia. Ruchy palców i ręki wróciły już prawie zupełnie do stanu prawidłowego.

Gdy operowany po raz ostatni przedstawił się w początku lipca b. r., płat przeszczepiony lekko tylko wznosił się po nad poziom skóry okolicznéj i nieco odmiennem ubarwieniem odbijał od sąsiedztwa. Czucie dotyku i ucisku, jako też ciepłoty wprawdzie poprawiło się znacznie, nie wykazało atoli dotąd stosunków zupełnie prawidłowych.

Przypadek powyższy wskazuje, że dokładne zeszycie brzegów płatu po przecięciu szypułki z brzegami ubytku, nie tylko nie zagraża odżywieniu płatu, ale przeciwnie korzystnie wpływa na przebieg przyrośnięcia tegoż. Nadmierna część płatu po przecięciu szypułki po za ubytek wystająca obumarła, gdy po przecięciu szypułki zaniechałem połączenia jéj z brzegami ubytku, a nadto zagrożoną była i część dalsza płatu, już w granicach ubytku położona, o czem świadczyła złowroga barwa powierzchni. Objawy te ustąpiły jednakże z chwilą, gdy po złączeniu brzegów płatu z ubytkiem stosunki krążenia w płacie zyskały rozleglejsze wyrównanie.

W III-cim przypadku wykonałem transplantacyję sposobem M a a s a z powodu ubytku na szczycie kikuta amputacyjnego, wytworzonego przez obumarcie płatu, użytego do pokrycia kikuta.

J. S. lat 47 z Zakamycza, porwany za rękę przez koło

młockarni, doznał zupełnego zmiażdżenia ręki lewéj i dolnéj części przedramienia i przyjęty w tym samym dniu do kliniki chirurgicznéj, zgodził się na odjęcie kończyny w górnéj $1/3$ części przedramienia, do którego też bezzwłocznie przystąpiono.

Przebieg gojenia rany poamputacyjnéj został zaburzony znacznem podwyższeniem się ciepłoty, w następstwie obumarcia płatu skórnego, które pociągnęło za sobą obnażenie szczytu kikuta na rozległéj przestrzeni. Gdy przy zastosowaniu opatrunku z gazy jodoformowéj owrzodziała powierzchnia oczyściła się i pokryła bujną ziarniną, a wydzielina jéj ograniczyła się znacznie, przystąpiłem do autoplastyki sposobem Maasa.

Po zeskrobaniu ostrą łyżeczką górnych, miękkich pokładów ziarniny na kikucie i odświeżeniu brzegów ubytku, wykroiłem w celu pokrycia go z prawéj połowy brzucha płat skośnie z góry ku dołowi przebiegający, z podstawą w pobliżu łuku żebrowego prawego i uśmierzywszy krwotok w ranie kikuta przez ucisk tamponem, w powłokach zaś brzusznych przez podwiązanie broczących naczyń, przyszyłem brzeg płatu brzusznego, przeciwległy jego podstawie, kilku szwami węzełkowemi z jedwabiu do brzegu ubytku na kikucie. Brzegi rany w powłokach brzusznych złączyłem w większéj części szwem z nitek lnianych aż do okolicy szypułki przemieszczonego płatu. Szypułkę płatu i niepołączoną część rany brzusznéj okryto płatkiem nasmarowanym maścią borową, osłaniając zresztą ranę kikuta i brzucha opatrunkiem antiseptycznym. Ramię i kikut przedramienia ustalono za pomocą opatrunku, składającego się z wałków i poduszek z waty drzewnéj sublimatowéj, umocowanych zwojami opaski miękkiéj i nakrochmalonéj.

W 9 dni po wykonaniu zabiegu plastycznego przecięto szypułkę płatu i dostósowawszy go należycie, złączono szwem węzełkowym z jedwabiu z resztą obwodu ubytku na kikucie. Ranę w skórze brzucha zespojono też do reszty szwem, wydobywając zarówno z rany kikuta, jako też z rany brzusznéj założone w pierwszym akcie plastyki nitki szwowe. D. 23/3 1889 płat przeszczepiony przyrósł w zupełności przez rychłozrost, z wyjątkiem dwóch kanałów szwu, w których nieznaczne ropienie po wyjęciu nitek ustąpiło. Dn. 31/3 1889. Płat przemieszczony, dokładnie na podstawie swéj przesuwalny, nie odróżnia się wcale barwą od skóry okolicznéj, od któréj dzieli go zaledwo widoczna blizna linijna. Ruchy utrzymanéj części przedramienia w łokciu zupełnie prawidłowe.

Przypadek powyższy, w którym metodą autoplastyczną przez Maasa unormowaną, pokryto po raz pierwszy ubytek skóry na kikucie amputacyjnym, zasługuje na uwzględnienie z powodu, że rozszerza zakres autoplastyki do przypadków amputacyjnych, gdzie ocalenie choremu kikuta, zwłaszcza na kończynie górnéj, bodaj o kilka centimetrów dłuższego, doniosłe ma znaczenie dla późniejszéj funkcyi pozostałéj części kończyny. Wobec korzystnych wyników, których wolno się spodziewać po zastosowaniu autoplastyki według udoskonalonego sposobu Maasa, nie zachodzi potrzeba odejmowania kończyny tak wysoko, aby uzyskać z niéj saméj dostateczne pokrycie skórne kikuta, ale wystarczy odjąć kończynę w miejscu możliwie najniższem, chociażby nie dostawało tamże płatu skórnego, lub skóra groziła tu jeszcze obumarciem. Dodając bowiem równocześnie albo następowo zabieg autoplastyczny, nie trudno będzie zastąpić rozległy nawet brak skóry lub ubytek jéj późniejszy na kikucie płatem przeszczepionym z brzucha, albo innéj okolicy ciała, dogodnéj do przeniesienia skóry na dany kikut. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

G. Winter: O drobnoustrojach w przewodzie rodnym zdrowéj kobiety.

Badania swoje podjął W. celem rozstrzygnięcia dwóch pytań: 1) w których częściach przewodu rodnego kobiety znajdują się drobnoustroje; 2) jakiego one są rodzaju a przedewszystkiem, czy są między niemi także chorobotwórcze. Materyjał do badania brał świeżo z żyjącéj; wydzielinę z szyjki i pochwy wydobywał bezpośrednio, zawartość zaś trąbek i macicy otrzymał przez jałowe przygotowanie świeżo przez operacyję wydobytych narządów. Z 40 badanych trąbek 29 były zupełnie wolne od drobnoustrojów, a 11 razy rozwijały się hodowle; w tych 11-stu przypadkach można było stwierdzić zanieczyszczenie od zewnątrz lub wtargnięcie z macicy jako przyczynę. W. twierdzi więc, że prawidłowy jajowód nie zawiera w całym swym przebiegu drobnoustrojów. Badania 30 preparatów macicy wykazały, że zdrowa jama maciczna nie zawiera żadnych drobnoustrojów, a okolica wewnętrznego ujścia macicznego zawiera je w połowie przypadków. W 8-miu przypadkach znalazł W. w macicy prątki a tu 4 razy sondowano macicę przed operacyją a raz wprowadzono palec przez szyjkę do macicy. Wydzielina szyjki każdéj zdrowéj kobiety zawiera obficie drobnoustroje, tak samo pochwa. Przewód rodny zdrowéj kobiety zawiera drobnoustroje w pochwie i szyjce, podczas gdy macica i jajowody są wolne, granica między częściami zawierającemi a wolnemi od prątków jest granica wewnętrznego ujścia macicznego. W. znalazł 27 rozmaitych prątków w przewodzie rodnym, który zawiera w połowie przypadków chorobotwórcze ustroje (trzy gatunki stafilokoków), które znajdują się w stanie osłabionéj jadowitości. Z badań tych czyni W. następujące praktyczne wnioski: ostrzega przed nadmiernem używaniem zgłębnika macicznego w przypadkach, w których późniéj mamy wykonać operacyje z otwarciem jamy macicznéj, tem bardziéj, jeżeli przypuszczamy części zdolne do rozkładu, rozpadające się masy nowotworowe. Jeżeli przed wprowadzeniem stoczka do jamy macicznéj celem sprowadzenia sztucznego porodu przedwczesnego nie odraża się energicznie pochwy i szyjki, przenosi się zarodki do macicy i daje pierwszy powód do gorączki, która przy przedłużonym przebiegu porodu przedwczesnego dość często czyni rokowanie dla matki i dziecka niepomyślnem. Dokładne odrażanie szyjki poleca w tych przypadkach, w których wprowadzamy do niéj środki pęczniejące. Odrażanie zewnętrznych części rodnych i przewodu rodnego jest koniecznem. Przypadki samozakażenia są wprawdzie rzadsze, niż zakażenie z zewnątrz, ale bez wątpienia się przydarzają. (*D. m. Woch.* 1889, Nr. 26). *Dr. Baschkopf.*

Fizyjologija.

Kunkel: O ciepłocie skóry ludzkiéj.

Za pomocą umyślnie w tym celu zbudowanego termoelementu badał K. ciepłotę skóry u zdrowych ludzi wśród różnorodnych zewnętrznych stosunków i wykazał, że równocześnie większa część pokrytéj powierzchni ciała posiada mniéj lub więcéj jednakową ciepłotę (34·2—34·6°). Zboczenia od tego są nieliczne i sprowadzone szczególnemi miejscowemi warunkami, jak wyższa ciepłota w przegubach pachwinowych z powodu tworzenia się fałdu skórnego podczas siedzenia i zmniejszonego oddawania ciepła, niższa ciepłota na pośladkach, bo tu przylegające suknie więcéj ciepła odbierają. Im żywsza wymiana materyi odbywa się w narządach pod skórą leżących, tem wyższa ciepłota powierzchni. Nad grubemi pokładami mięśniowemi jest nieco wyższą, niż nad ścięgnami i kośćmi, nad częściami dośrodkowemi wyższą, niż nad powierzchownemi. Z części niezasłoniętych bywa twarz w zwykłych warunkach równo ciepła, jak skóra zasłonięta; ręce okazują wahania indywidualne i od czynności zawisłe. Wobec niskiéj ciepłoty zewnętrznéj opada ciepłota skóry, ale nawet wśród najniekorzystniejszych zewnętrznych warunków tylko nieznacznie oddala się ciepłota skóry zakrytéj od zwykłéj wartości. Uczucie przyjemnego ciepła powstaje, jeśli ciepłota skóry wynosi 33·8—34·8° C. Jeśli na tułowiu spada na 32·5, na dośrodkowych częściach odnóg na 31·5, występuje dreszcz. Przy 34·8—35° C. w twarzy doznaje się nieprzyjemnego uczucia gorąca. Z powodu wytwarzającego się potu nie powstaje podwyższenie ponad 35·6° C. (*Zeit. f. Biol.*, tom 25). *Dr. Baschkopf.*

† Dr. Reformotski zbadał wpływ pracy mięśniowéj na przyswajanie tłuszczów i pokarmów u ludzi zdrowych. W tym celu wykonał on 5 doświadczeń, z których każde podzielone było na 2 okresy: 7 dni pracy i 7 spoczynku. Praca mięśniowa polegała na rąbaniu drzew, szwedzkiéj gimnastyce z ciężarkami i długich przechadzkach. Na podstawie tych doświadczeń przyszedł autor do przekonania, że umiarkowana praca mięśniowa

zwiększa przyswajanie tłuszczów; praca zaś, która wywołuje zmęczenie, zmniejsza to przyswajanie. (*Dyssertacyja*, Petersburg, 1889).

Patologija.

C. Schimmelbusch (Kolonia): **Przypadek raka wodnego.** Na oddział prof. Bardenheuera przyjęto dziewczynkę 5-cio-letnią, która po ciężkim durze zapadła na raka wodnego lewego lica. S. usunął części zgorzelinowe, a ranę wytamponował gazą jodoformową. W przebiegu choroby wystąpił tak znaczny zapad sił, że po 5-cio-dniowym pobycie w szpitalu dziecko chorobie uległo. W tym przypadku rozchodziło się o typowy przypadek zgorzeli lica. Za życia mimo ciężkości choroby i rozległości zniszczenia stwierdzono względnie tylko nieznaczne oddziaływanie ustroju; śmierć nastąpiła wskutek wyniszczenia, cała choroba nosi cechę cierpienia miejscowego. Zgorzel lica jest względnie rzadką chorobą i zdarza się, że lekarze nawet z długoletnią praktyką ani jednego przypadku nie widzą. O istocie choroby zdania są rozdzielone; lekarze, którzy spostrzegali ją po użyciu znacznych dawek rtęci, uważają ją za rtęciowe zapalenie jamy ustnéj; najwięcéj rozpowszechnione jest zapatrywanie, że *noma* należy do spraw nekrotycznych w uwiądzie t. j, że jestto postać kachektycznéj zgorzeli (odleżyna), gdyż spotykamy to cierpienie najczęściéj u wyniszczonych dzieci po ciężkich chorobach, szczególnie zakaźnych (odra, płonica, dur itd.). Jak w etyjologii *necrosis marantica* jedni kładą nacisk na zboczenia w krążeniu, drudzy unerwienia, podobnie i tu spotykamy dwa stronnictwa, z których jedno uważa tę zgorzel za *necrosis anaemica*, drugie za trofoneurozę; rzadko uważano ją za chorobę pasorzytniczą. S. znalazł w cieczy tkaninowéj wielką ilość rozmaitych grzybków, przeważały prątki, ale obok nich znachodziły się stafilo-, strepto- i diplokoki. Na podstawie badania drobnowidowego twierdzi S, że rak wodny cechuje się jako szczególne ostre obumarcie tkanek bez znaczniejszego oddziaływania otaczających części. W hodowlach powstawały szarawo białe, wyniosłe, przeświecające plamy. Hodowle te były hodowlami prątkowemi, a prątki te odpowiadały w zupełności w zachowaniu się postaciowem i barwikowem prątkom w tkance stwierdzonym. Wykazanie tychże samych prątków w hodowli jest bądź co bądź zaznaczenia godnem i nie przemawia przeciw pasorzytniczemu pojmowaniu raka wodnego to, że próby zaszczepienia u zwierząt wypadły ujemnie, gdyż znamy wiele grzybków ludzkich których zwierzętom zaszczepić nie można. Tak samo nie jest sporadyczne występowanie i brak zaraźliwości zgorzeli lica dowodem przemawiającym przeciw przyrodzie prątkowéj choroby, przypomina S. tu tylko obrzęk złośliwy i tężec, o których przyczynie grzybkowéj obecnie zapewnie już nikt nie wątpi. (*D. m. Woch.*, 1889, Nr. 26). *Dr. Boschkopf.*

† Dr. Joal, opierając się na 9 przypadkach po części swoich, po części zaś innych autorów, wykazuje, że cierpienie nosa może być odruchowo przyczyną kurczu nerwowego gardziela, który pomimo innych objawów przyrody nerwowéj, wywołuje również czasową niedrożność gardziela. W tych wszystkich przypadkach wyleczeniu choroby nosa towarzyszyło ustąpienie objawów ze strony gardziela i poprawienie się stanu ogólnego. W jednym przypadku wystąpił powrót polipa w nosie a równocześnie z nim i objawy w gardzielu, które ustąpiły po wycięciu powtórnem polipów. (*Wracz*, 1889, Nr. 25). *A. W.*

Farmakologija.

Doc. pryw. Pasternacki: **O zmianach w tętnie i parciu krwi u gorączkujących pod wpływem taliny, antipiryny i antifebryny.**

Autor spostrzegał w 22 przypadkach wpływ powyższych środków na tętno i parcie krwi u chorych na dur brzuszny, posługując się do tego nowszym sfigmomanometrem Bascha i tętnorysem Richardsona. Wyniki, do których przyszedł, są następujące: 1) Działanie taliny, antifebryny i antipiryny na parcie krwi u gorączkujących daje się podzielić na 4 okresy: a) Podnoszenie się parcia krwi w ciągu pierwszych 2 godzin po zażyciu środka; b) podwyższone parcie krwi, trwające w ciągu 3-iéj, 4-téj godziny po zażyciu taliny i aż do końca 6-téj godziny po zażyciu antifebryny i antipiryny; c) stopniowe mniéj lub więcéj szybkie opadanie parcia krwi po talinie do 7-éj—8-éj godziny, po antipirynie i antifebrynie do 10-éj godziny po ich zażyciu; d) stopniowe podnoszenie się parcia krwi do wysokości, jaka była przed zażyciem środków, co przychodzi do skutku po talinie nie wcześniéj niż po 8—16 godzinach, a po antifebr. i antipirynie nie wcześniéj niż po 12—22 godzinach; 2) puls w pierwszym okresie staje się powolniejszym, pełniejszym, trudniéj uciskalnym i mniéj dwubitnym. Z większą jeszcze wybitnością występują te zmiany w drugim okresie. Zmiany te (w połączeniu z badaniami pletysmograficznemi prof. Maragliany) dają prawo wywnioskować, że w tych dwu okresach działania powyższych środków czynność serca staje się energiczniejszą, tętnice lepiéj się napełniają, przyspiesza się obieg krwi i zwiększa się przypływ krwi do części obwodowych. W trzecim okresie występuje zwiększenie się częstości tętna, małe napełnienie tętnic i słabo jeszcze zaznaczona dwubitność. Wskazuje to na zmniejszenie energii czynnościowéj serca i zwolnienie krążenia. W okresie zaś czwartym wraca tętno stopniowo do tego stanu, w jakim było przed podaniem środków przeciwgorączkowych. (*Wracz*, 1889, Nr. 23 i 24). *A. W.*

Terapija.

Leczenie błonicy za pomocą kwasu salicylowego. Prof. d'Espine opiera swe leczenie na badaniach bakteryjologicznych, w przebiegu których przekonał się, że prątek Löfflera po 5-cio-minutowem stykaniu się z kwasem salicylowym w rozczynie wodnym 1:2000 zniszczonym zostaje. Za pomocą 1%—2% rozczynu skraplano błony rzekome jamy noso-połykowéj co godzina lub co dwie godziny. Przez usta skrapiano za pomocą irrygatora lub balonika tak, że silny prąd płynu oblewał błony rzekome; zaś do nosa wlewa łyżeczkami rozczyn przez otwory nosowe. Już kilka godzin tego leczenia wystarczyło do sprowadzenia obniżenia gorączki, a po 2—3 dniach oczyszczało się gardło z błon rzekomych. Wczesne rozpoczęcie tego leczenia jest konieczne i można go w epidemijach zapobiegawczo używać. Nowem tu jest nie lek, lecz zastosowanie znacznych ilości płynu za pomocą skraplacza. (*Cor.-Bl. f. Schw. Aerzt.*, marzec 1889).

† Behrend otrzymywał dobre rezultaty przy stosowaniu 90%-go alkoholu w przebiegu róży i to przeważnie róży często się odnawiającéj. Większość chorych (kobiety) zwracała się do niego w początkowym okresie choroby; zalecano energiczne nacieranie części skóry zajętych i sąsiednich zdrowych alkoholem 90%-tym 2—3 razy dziennie. We wszystkich przypadkach już po 3—5 dniach występował całkowity rozwój wsteczny choroby. W jednym przypadku udało mu się nawet powstrzymać powroty choroby obmywaniem części porażonych alkoholem 2 razy tygodniowo. (*Berlin. klin. Woch.*, Nr. 4).

† Dr. Peters radzi w uporczywych wymiotach u kobiet ciężarnych podawać wewnętrznie chininę w ilości do 0,5 na dawkę. Chinina działa często skutecznie tam, gdzie nie pomogły inne środki lecznicze. Na ciążę nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu. (*The British Medical-Journal*). *A. W.*

Choroby wewnętrzne.

Schlange (Berlin): **O niedrożności jelit.**

Doświadczenie, że laparotomija w najcięższych przypadkach *ileus* prawie nigdy nie bywa uwieńczoną pomyślnym wynikiem, z drugiéj strony twierdzenie internistów, że z tego rodzaju chorych wobec leczenia więcéj wyczekującego (makowiec) tylko 2/3 umiera, musi naprowadzić na wniosek, że cięcie brzuszne dla tych przypadków nie powinno więcéj być wskazane. Zewnętrznie przypadki dają ten sam obraz, anatomicznie zaś rozchodzi się albo o rozlane ropne zapal. otrzewny, najczęściéj *Peritonitis perforativa*, lub o rozległe gnilne porażenie jelit z powodu zamknięcia ich przez przeszkodę mechaniczną. Wczesne rozpoznanie zamknięcia jelit z jednéj strony a z drugiéj rozstrzygnięcie pytania, czy już nastąpiło porażenie jelit, mają największe znaczenie dla ograniczenia cięcia brzusznego, które zresztą zawsze zostanie najracyjonalniejszą drogą do usunięcia niedrożności jelit. Znane klasyczne objawy niedrożności jelit rzadko wystarczają do wczesnego rozpoznania. Doświadczenia Nothnagla na zwierzętach i S. na chorym wykazały jako najbliższe następstwo zamknięcia jelit: pierwotne rozdęcie doprowadzającego odcinka jelit i następowe robaczkowe ruchy w nim. Objawy te w różnem nasileniu trwają godziny do tygodni i znikają dopiero z wystą-

pieniem rozległego porażenia jelit. Jak długo wykazać można napięcie jelit, względnie ruch robaczkowy wszystkich wydętych pętli jelitowych, można i trzeba w ogóle wykonać cięcie brzuszne, jeżeli szczególny rodzaj zamknięcia jelit nie wymaga koniecznie założenia przetoki jelitowéj lub odbytu nieprawidłowego. Gdy już wystąpiło porażenie jelit, wskazana jest tylko enterotomija, zabieg sam przez się niebezpieczny, który powinien się wykonywać częściéj i pewniéj niż dotąd i jak to mianowicie interniści sobie życzą. Niejednego chorego umierającego z makowcem możnaby uratować za pomocą enterotomii, która ułatwia, względnie umożliwia odpływ rozłożonéj trującéj treści jelitowéj, jakby obszernemu zapalnemu ropniowi. W końcu wskazuje autor na to, jak obok ruchów jelita także inne czynności jego, mianowicie wydzielanie i pochłanianie ulega zmianie wskutek zamknięcia jelit, powstałego już to nagle, już też przez pogorszenie się przewlekłego cierpienia i jak znajomość tych stosunków może być ważną dla rozpoznania. (*Wien. klin. Woch.* 1889, Nr. 25).
Dr. Baschkopf.

† Prof. Hayem podaje następującą cechę rozpoznawczą duru brzusznego w pierwszych dniach choroby. We krwi chorego na dur brzuszny wziętéj na szkiełka mikroskopowe nie można wykazać siatki włóknika, która zawsze istnieje u cierpiących na inne choroby przewodu pokarmowego. Ten sam objaw braku siatki włóknikowéj występuje i we krwi chorych na dur powrotny. (*La France médicale*, 1889, Nr. 1). *A. W.*

Choroby nerwowe.

† Dr. Althaus, który wykonał około 300 zawieszeń sposobem Moczutkowskiego u 29 chorych, wyraża się, że sposób ten ma już stałą podstawę w leczeniu przewlekłych zmian układu nerwowego. Autor, zastrzegając się, że czas jest jeszcze za krótki dla stanowczego osądzenia wyników leczenia jego przypadków, podaje jednak, że w niektórych przypadkach wyniki były świetne, w większéj zaś części dobre i tylko w mniejszéj nie było polepszenia. Dr. Bernhardt, który wykonał 219 zawieszeń u 19 chorych, nie widział przy tem żadnych objawów szkodliwych. Całkowitego wyleczenia nie otrzymał ani razu, ale w większéj ilości przypadków było znaczne polepszenie w ciągu pierwszych tygodni. Drowie Eulenburg i Mendel również stosowali to leczenie w 34 chorych na uwiąd rdzenia pacierzowego. Z téj liczby 5 wyszło z pod obserwacyi, 6 pozostało w tem samym stanie, u 2 wystąpiło polepszenie po 39—60 zawieszeniach. 21 znajduje się w obserwacyi; z pomiędzy nich u 4 jest wybitne polepszenie, u 12 zaś mniéj wybitne. (*Wracz*, 1889, Nr. 26).

† Dr. Paweł Blocq ze względu na coraz większe szerzenie się zawieszania sposobem Moczutkowskiego w chorobach nerwowych zwraca uwagę na przeciwwskazania w stosowaniu tego leczenia. Przedewszystkiem radzi nie dozwalać zawieszania samym chorym albo w ogóle ludziom niedoświadczonym, ponieważ znane są dość często zdarzające się złe skutki. Sam autor spostrzegał 3 przypadki śmierci w tych warunkach.

Właściwe przeciwwskazania są następujące: 1) ogólne osłabienie bez względu na to, czy ono jest skutkiem, czy też powikłaniem choroby nerwowéj; 2) niedokrewność; w obu tych przypadkach niebezpieczeństwo polega na słabéj akcyi serca, które nie mogłoby podołać przeszkodom wytwarzającym się przy zawieszaniu; 3) puchlina i stłuczenie, chociaż i te nie przedstawiają właściwego przeciwwskazania, wymagają atoli w każdym razie szczególnéj uwagi i ostrożności przy stosowaniu wieszania; 4) rozedma płuc i gruźlica; 5) arterioskleroza, przy któréj może pęknąć tętnica pachowa; 6) wszystkie choroby serca i dużych naczyń nawet przy całkowitem zrównoważeniu. Prawdopodobnie przeciwwskazuje się również wieszanie w chorobach nerwowych, połączonych z kurczami i ze skłonnością do zawrotów głowy. Zresztą Moczutkowski twierdzi, że zawrotu głowy można uniknąć, zajmując chorego rozmową; 7) wreszcie należy pamiętać o skłonności niektórych chorych na uwiąd rdzenia pacierzowego do złamań kości. (*Le Bulletin médical*, 9 czerwca).

Chirurgija.

Thoman: **Przyczynek do leczenia przeciwgnilnego przetworami sozojodolu.**

Autor, lekarz pułkowy, przydzielony jako operator do kliniki prof. Alberta, podaje wyniki swych prób z powyższemi przetworami, dokonywanych tamże od połowy marca b. r. Z początku postępował z wielką ostrożnością, nawet nieufnością, jak zwykle przy każdym nowo polecanym środku przeciwgnilnym, stosując przetwory te tylko w lekkich przypadkach zranień lub wrzodów u chorych leczonych ambulatoryjnie. Późniéj stopniowo zaczął ich używać przy opatrywaniu prawie wszystkich chorych przychodnich (ambulansów) a otrzymawszy na tak dużym materyjale pomyślne wyniki, także przy mniejszych operacyjach a wreszcie i przy większych, zwłaszcza kilku amputacyjach. Do prób służyły mu następujące przetwory: *Kalium, Natrium, Zincum i Hydrargyrum sozojodolicum*, których używał w następujący sposób: Połączeń potasowych trudno rozpuszczalnych w proszku z *Talc, Venet aa.* do posypywania, z *Butyrum Cacao* jako czopków lub z *Collodium*. Przeciwnie łatwo rozpuszczalnych połączeń sodu 2½% roztworu do odwaniania narzędzi, rąk, oczyszczenia pola operacyjnego, do zlewania rany podczas operacyi lub przy zmianie opatrunku i do napawania gazy odtłuszczonéj. Przy większych operacyjach używał takiejże gazy 10%, oraz poduszek wiórami drzewnemi wypchanych, a 2½% roztworem *natr. sozojod.* napojonych. Opatrunek taki pozostawał po amputacyi n. p. przez dni 16, a wygojenie następowało zawsze *per primam* bez najmniejszego odczynu. Gaza w powyższy sposób przyrządzona służyła również do tamponowania. *Zincum* i *Hydrarg. sozojod.* używał przeważnie z wazeliną w postaci maści 5% lub 10%; pierwsza stosowana przy odmrożeniach (zaledwie dwa razy z powodu pory roku), daléj przy oparzeniach, uporczywych wrzodach żylakowych oraz wypryskach dała wyborne wyniki, druga okazała się również skuteczną w przypadkach wrzodów gruźliczych i syfilitycznych. Korzyści, jakie przedstawiają przetwory sozojodolu są następujące:

1) Możliwość używania jednego i tegoż samego środka do wszystkich czynności przed- wśród- i pooperacyjnych jak: odwonienie narzędzi, rąk, pola operacyjnego, skrapianie rany, napawanie opatrunków i t. p., przez co unika się kombinowania nieraz szkodliwego różnych środków przeciwgnilnych przy jednéj i téj saméj operacyi.

2) Bezwonność przetworów.

3) Brak nieprzyjemnych następstw, jakie stosowanie karbolu, jodoformu lub sublimatu u niektórych chorych wywołuje (np. wypryski).

4) Leczenie temi przetworami nie jest droższem, a może nawet i tańszem niż użycie innych środków przeciwgnilnych.

Czy jednak przetwory sozojodolu nie są w stanie wywołać zatrucia, nie może autor kategorycznie twierdzić, gdyż stosunkowo za małą jest liczba większych operacyj, przy których je stosował. Nadto zwraca uwagę i na to, czego jednak łatwo można uniknąć, że przetwory te w wodnym roztworze ulegają po kilku dniach pod wpływem światła dziennego rozkładowi, skutkiem wydzielania się jodu. Z tego wszystkiego widzimy, iż ostatniego słowa wyrzec jeszcze nie można, dopóki więcéj dotyczących doświadczeń nie będzie dokonanych, a że powyższa praca autora do tego zachęca i takowa najzupełniéj usprawiedliwia, nie ulega, zdaniem naszem, najmniejszéj wątpliwości. (*Wien. klin. Wochen.* 1889, Nr. 38). *Dr. Langie.*

Choroby weneryczne.

Saalfeld: **Doniesienia lecznicze z praktyki dermatologicznéj.** Mentol jako 3, 5 do 6 cioprocentowy roztwór wyskokowy działał lepiéj w świerzbiączce, niż roztwory kwasu karbolowego i salicylowego; tak samo wybornie skutkowała maść z mentolu i lanoliny w *Pruritus senilis*. W zadawnionych naciekłych wypryskach działała 12—15% maść mentolowa prawie swoiście. Salolu w postaci maści 5% używał S. z szczególną korzyścią w liszaju zaraźliwym (*impetigo contagiosa*) i w wypryskach z silnem ropieniem. W przypadku figówki pasorzytniczéj (*Sycosis parasitaria*) wyśmienite usługi oddawała następująca maść: *Kali carbon. 1·0, Ol. oliv. 10·0, Zinc. oxyd., Amyli aa 15·0, Salolu 5·0, Siarki 6·0, Lanolina add. 100·0.* Rezorcyna dobrze działała w połączeniu z maścią borową; w przypadkach drażliwéj skóry używał 10—15% maści zamiast smoły. Balsam peruwijański po 20—30% dodany do innych maści n. p. Wilsona okazał się pożytecznym w różnych chorobach skórnych.

Dobrze leczył trądzik plaster rtęciowy; ocet sublimatowy (1:300) okazał się wygodnym i pewnym środkiem przeciw mendeweszkom. (*D. m. Woch.*). *Dr. Baschkopf.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie V. naukowe z dnia 13 kwietnia 1889.

Przewodniczący: Kol. Merczyński. Członków obecnych 29.

1. Kol. Barącz przedstawia najprzód chorego z promienicą ludzką (*actinomycosis*), znanego już z ostatniego posiedzenia, u którego przed 12 dniami wyskrobał i wyciął naciekłe tkanki, a leczenie następowe przeprowadza tamponowaniem gazą jodoformową z rezultatem dotychczas zupełnie zadowalającym. Następnie miał zapowiedziany wykład „o promiennicy ludzkiej i jéj doszczętném leczeniu", którą to pracę zamierza podać do „Przeglądu Lekarskiego."

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos najprzód kol. Wehr podnosząc, że promienica ludzka ma trzy główne cechy: *a)* sam grzybek ropienia nie wywołuje — nie jest pyogenicznym; *b)* występuje w formie mniej lub więcej twardego nacieku jakby nowotworowego i *c)* sąsiedne gruczoły chłonne nie są powiększone. W tkankach promienicą dotkniętych przez dostanie się zarazem grzybków pyogenicznych może jednak powstać ropienie (*Mischinfection*). Do organizmu człowieka dostaje się promienica głównie przez przewód pokarmowy i oddechowy, a wedle nowszych spostrzeżeń także i przez skórę. Najłagodniejszą względnie jest forma umiejscowiona w szczęce dolnej, przystępnej dla leczniczych zabiegów operacyjnych; gorszą jest forma szczęki górnej a najgorsza z lokalizacyją w płucach lub brzuchu. — Kol. Seifmann nie zgadza się z zapatrywaniami kol. Barącza, ażeby promienica u człowieka miała pochodzić wyłącznie z zarażenia się od zwierząt. *Actinomyces* należy do grzybków ektogenicznych, tj. takich, które mogą żyć i na zewnątrz organizmu i ma zdolność rozwijania się zarówno w organizmie ludzkim jak i zwierzęcym, dostawszy się w tkanki głównie przez miejsca rozranione błon śluzowych. Słoma jęczmienna jako pasza dla bydła używana kalecząc błonę śluzową jamy ust ułatwia wtargnięcie w nią grzybka promienicy i to nietylko w szczęki ale i w język (*Holzzunge*). U koni promienica jest chorobą bardzo rzadką i dlatego kol. Barącz nie może na pewne szukać źródła infekcyi w tej okoliczności, że przedstawiony chory mieszkał w sąsiedztwie stajen tramwajowych. Co do stosunku grzybów promienicy do naczyń chłonnych kol S. jest zdania, że wprawdzie sam grzybek przez włosowate naczynia chłonne nie przechodzi, ale jego zarodniki przejść mogą. — Kol. Barącz odnośnie do tej ostatniej kwestyi nadmienia, że pewien chirurg niemiecki wykazał, że grzybki promienicy z powodu swéj wielkości naczyniami chłonnemi włosowatemi do gruczołów chłonnych dostać się nie mogą i dlatego zmian promienicowych w nich nie ma. — Kol. Kadyj wreszcie zwraca uwagę, że actinomyces dotychczas jest zagadką i nie jest rzeczą rozstrzygniętą, czy należy do grzybków rozszczepnikowych czy pleśniawkowych. Rozwoju jego nie znamy. Wobec tego nie można mówić o zarodnikach. Naczynia włosowate chłonne mają światło nieco większe niż odpowiedne naczynia krwionośne, zatem stosunkowo większe ciała przez nie niż przez naczynia krwionośne włosowate przejść mogą. Czy grzybki promienicy przez naczynia chłonne włosowate przejść mogą, teoretycznie rozstrzygnąć się nie daje, ale faktem jest, że w gruczołach chłonnych położonych w sąsiedztwie nacieku promienicowego zmian promienicowych nie znaleziono, a jeśli w nacieku tym było ropienie, to trafiały się podobne zmiany zapalne i ropne ale nie promienicowe w gruczołach.

2. Kol. Prus miał zapowiedziany i z demonstracyą odpowiedniego przyrządu połączony odczyt „o leczeniu chorób nerwowych za pomocą metodycznego zawieszania," który ma zamiar pomieścić w „Przeglądzie Lekarskim".

W dyskusyi kol. Schramm wyraża obawę, czy zachwalane dotychczas rezultaty lecznicze téj metody nie okażą się wkrótce podobnie jak przy wielu innych dawniej tak zachwalanych metodach np. naciąganiach nerwu kulsowego w rwie kulszowej za nadto przesadzonemi i wobec tego radzi być ostrożnym w ocenianiu jej skuteczności i nie przywiązywać zbytnich do niej nadziei, żeby później nie doznać przykrego zawodu. Kol. Pisek jest przeciwny rozleglejszemu już obecnie zastosowaniu téj dotychczas jeszcze mało wypróbowanej metody leczniczéj, a do tego skłania go kilka ważnych powodów. W *Berl. klin. Woch.* 1889 Nr. 8. znalazł on opis metody i doniesienie o doświadczeniach Eulenburga i Mendla przedsiębranych od kilku tygodni. Lekarze ci wyznają, że o wynikach leczniczych lub o stanowczych polepszeniach dotąd ze względu na krótkość obserwacyi mowy nie ma — jedynie chwilowo chód staje się lepszym a chorzy mniéj na bóle się skarżą i stanowczo (są słowa autorów) jest rzeczą wskazaną ostrzedz tak lekarzy, jak i publiczność przed przedwczesnemi nadziejami i wygórowanemi oczekiwaniami Stwierdzenie skuteczności pewnéj metody leczniczej we wiądzie jest z tego względu trudne i dłużéj wymaga obserwacyi, że nawet w naturalnym przebiegu tej choroby przychodzą intermisyje i często się zdarza, że tabetyk po zaprzestaniu wszelkiego leczenia czuje się lepiej. Teoretycznie dalej rozumując można przypuścić, że 1) wyleczenie choroby nawet w jéj pierwszych okresach ze względu na zmiany anatomiczne wtedy już istniejące jest niemożliwe i 2) przypisując tak znaczną skuteczność metodzie zawieszania mozna zaniedbać leczenia kiły jako najczęstszej przyczyny uwiądu rdzenia pacierzowego. Wobec tego zatem, że metoda leczenia chorób nerwowych przez zawieszenie nie przeszła jeszcze dotychczas okresu próbnego, sądzi kol. Pisek, że lepiej jest zachowywać się jeszcze wobec niéj konserwatywnie i wyczekiwać, aż obecnie zachwalane rezultaty się sprawdzą. — Kol. Prus w odpowiedzi kol. Piskowi zaznacza, że metoda zawieszania ze względu na teoretyczne tlumaczenie jéj skuteczności i działania pozostawia jeszcze wiele do życzenia i wobec tego nie dziwi go, że konserwatywna szkoła niemiecka obawia się jeszcze polecić ją szerszym kołom — natomiast praktyczniejsza szkoła francuska poznawszy jej skuteczność w praktyce nie uwzględnia braków w teoryi i chce wprowadzić ją w życie. Rzeczywiście w takiej chorobie nieuleczalnej, jaką jest uwiąd rdzenia pacierzowego, w której dotychczas używane środki nietylko przeciw zmianom anatomicznym ale i przeciw dolegliwym dla chorego objawom bardzo często zupełnie zawodziły — wprowadzenie metody nowej, tak prostéj a skutecznej choćby tylko w chwilowém usuwaniu niektórych objawów, jest wielkiem dobrodziejstwem dla cierpiącéj ludzkości i znacznem wzbogaceniem terapii.

Sekretarz: *Dr. Lebedowicz.*

V. Nowo utworzony Uniwersytet w Tomsku.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

Daje to możność skoncentrowania wszystkich budynków, pracowni, klinik, instytutów, nie wyłączając ogrodu botanicznego, na jednem miejscu. Przestrzeń ta znajduje się w części miasta najzdrowszéj i najwyżéj leżącéj, zewsząd jest żelazną kratą ogrodzona i przedstawia na tutejsze warunki bardzo piękny, w swoim rodzaju jedyny park, składający się prawie wyłącznie z drzew brzozowych, o ile nie chodzi o ogród botaniczny; pośród tego parku wznosi się sam budynek, lecz tak, że przy podjeździe z ulicy lub od strony rzeki zdaleka się rzuca w oczy. Tylko po bokach drzewa go zasłaniają zupełnie. Główny gmach od strony frontowéj długim jest na 106 sążni, wysokość zaś jego wynosi w środkowéj, najwyższéj części 10 sążni. Główny korpus z obu stron, bo bokach przechodzi w dwa skrzydła, występujące ku stronie przeciwległéj, tak że z odwrotnéj strony Uniwersytet przedstawia coś w rodzaju podkowy. Przyjmując parter za oddzielne piętro, a nie licząc piwnic widzimy w środkowéj części 3 piętra, po bokach 2, a w skrzydłach znów 3. Piwnice są bardzo obszerne, choć niskie, wszędzie sklepione i wszędzie tworzą t. zw. antresolę. Z lewéj strony, na samym końcu mieści się pracownia farmaceutyczno - farmakognostyczna, z dwóch dość obszernych sal złożona. a nadto zoologiczno-zootomiczna pracownia dla przygotowywania szkieletów, wypychania zwierząt i w ogóle czynności, nie wymagających zbyt wiele światła i nic wspólnego z mikroskopem nie mających. Przeznaczono na to 4 pokoje. W części głównéj 3 pokoje sklepionéj antresoli przeznaczone są na archiwum uniwersyteckie i na papiery, mające historyczne znaczenie,

chociaż ani archiwum, ani podobnych dokumentów Uniwersytet jeszcze nie posiada. Reszta pomieszczenia z téj strony pustkami stoi i czeka dalszego przeznaczenia. Wzdłuż całego tego pomieszczenia, zarówno jak i pięter, wyżéj leżących, przechodzi od jednego do drugiego skrzydła bardzo obszerny korytarz, nawiasem mówiąc za szeroki w stosunku do reszty pomieszczenia; z uszczerbkiem korytarza, po którym powozem w 4 konie rzędem na wszystkich piętrach jeździćby można, śmiało mogłyby były być powiększone względnie dość szczupłe sale. W środkowéj części prawéj strony antresoli mieści się obszerna sala, przeznaczona na bufet dla studentów i salę do palenia. Obok się mieści pisuar. Na przeciwległéj stronie korytarza, bliżéj ku części frontowéj, przeznaczono 2 sale, leżące tuż pod biblijoteką główną i połączone z nią krętemi schodami, na introligatornię, którą z czasem zaprowadzi Uniwersytet, na miejsce do otwierania pak z nowootrzymanemi książkami i sortowania tychże, a wreszcie na pomieszczenie na pułkach dubletów. W przyległéj sali, osobne posiadającéj wejście, mieszka jeden ze służących. Nieco opodal osobna sala zajętą jest pod warsztat mechanika Uniwersytetu, którym jest p. Bielozierow, wychowaniec Omskiéj szkoły technicznéj. Na samym końcu prawéj strony antresoli mieści się pracownia chemiczna, składająca się z 2 większych sal i jednego małego pokoiku, komunikujących ze sobą, a nadto z jednego niewielkiego, oddzielnie się w niedalekiem sąsiedztwie mieszczącego pokoju. Jedna z większych i widniejsza sala przeznaczona jest do delikatniejszych badań chemicznych i ilościowego oznaczania, druga, ciemniejsza do zajęć praktycznych ze studentami i do prowadzenia kursu jakościowéj chemicznéj analizy. W łączącym obie sale małym pokoiku odbywać się ma mycie naczyń i wszelka przygotowawcza techniczna robota. Oddzielnie mieszczący się pokoik przeznaczony na pomieszczenie wag oraz opto i fotometrycznych przyrządów. Zarówno dla farmaceutycznéj, jak i dla chemicznéj pracowni pomieszczenie, składające się z niewielkich, bardzo niskich, ciemnych, piwniczną stęchlizną cuchnących, wilgotnych sal, nie jest zgoła odpowiednie. Powinnyby się tu mieścić zwierzęta, do badań fizyjologicznych służące lub składy na wybuchowe materyjały, nigdy jednak pracownie, jak obecnie farmaceutyczna i chemiczna, a w niedalekiéj przyszłości nadto i higieniczna i farmakologiczna, resztę bowiem wolnych sal z prawéj i z lewéj strony na te pracownie przeznaczono. Sama władza uniwersytecka uznaje niestósowność tego pomieszczenia i jak tylko kiedykolwiek będzie w posiadaniu większego funduszu, użyje go bezwątpienia na wzniesienie osobnego gmachu dla pracowni chemicznéj i innych pracowni, z badaniami chemicznemi związek mających. Widne i znacznie obszerniejsze, choć nie imponujące rozmiarami swojemi sale parteru rozdzielone są w ten sposób, że na lewym końcu długiego korytarza, okna którego front gmachu stanowią, dwie z nich piękne i wysokie zajęte są pod muzeum zoologiczne, będące jeszcze niestety w stanie bardzo pierwiastkowym, 3 również dość obszerne, w bliskiem sąsiedztwie znajdujące się sale zawierają w sobie dość obfite, prawie wyłącznie z ofiar pochodzące zbiory mineralogiczne, krystalograficzne, paleontologiczne i petrograficzne. Widzimy tu nawet niektóre nader cenne okazy, jak n. p. zbiór skamieniałości, ofiarowany Uniwersytetowi przez w. księcia Leuchtenbergskiego. W jednéj z tych sal mieści się gabinet i pracownia profesora mineralogii. Opodal, w głównéj części korytarza widzimy najobszerniejsze ze wszystkich uniwersyteckich audytoryjów, urządzone na sposób amfiteatralny i zajmujące dwa piętra. Swoją drogą światła w tem audytoryjum, gdzie pomieścić można do 300 osób, cokolwiek zamało, co tem więcéj da się z czasem uczuć, że oprócz geologii, mineralogii i zoologii ma być na tem miejscu wykładana i doświadczalna fizyjologija. Tu się też odbywają zazwyczaj publiczne wykłady profesorów na cele dobroczynne, jak np. wykłady proff. Maliewa, Zajcewa i Korzyńskiego podczas ubiegłych świąt Bożego Narodzenia i wykłady proff. Dogiela i Zaleskiego podczas świąt Wielkanocy. Ławki pod względem dogodności przedstawiają tu także wiele do życzenia. Na niedogodność ich skarżą się szczególniéj damy, skwapliwie uczęszczające na wykłady publiczne, plecy bowiem nie mają żadnego oparcia i walane bywają przy błocie lub kurzu syberyjskim niezbyt zazwyczaj czystem obuwiem sąsiadów z góry. Obszerne to audytoryjum drzwiami, cokolwiek za wązkiemi, połączone jest z dwiema bardzo pięknemi i widnemi, wysokiemi salami, przeznaczonemi na pracownię fizyjologiczną. Osobnego jednak gabinetu dla siebie profesor nie posiada. Dalsza część korytarza prowadzi do czytelni Uniwersyteckiéj, niezupełnie jeszcze urządzonéj. Do czytelni téj ma mieć z czasem przystęp i inteligentna publika miasta. Przechodząc do prawéj części korytarza, spotykamy na lewo salę posiedzeń rady uniwersyteckiéj i czytelnię profesorską. Jest to obszerny i porządnie umeblowany pokój, z portretem cesarza Aleksandra III. na najwidniejszem miejscu. Inne ściany przyozdobione są wielkich rozmiarów, ozdobnie oprawionemi obrazami, ofiarowanemi Uniwersytetowi i przedstawiającemi włoskie krajobrazy. Pośrodku sali mieści się stół ogromny formy podłużnéj, nakryty suknem zielonem i otoczony około 30 fotelami. W systematycznym porządku rozłożone są na tym stole codzienne pisma rosyjskie oraz fachowe zagraniczne i rosyjskie; 2 obszerne szafy za szkłem, biurko sekretarza i pulpit dopełniają umeblowania tego pokoju. Tuż obok znajduje się osobne pomieszczenie dla kasy uniwersyteckiéj, składające się z niewielkiego pokoju o mocnych, żelaznych, ryglami zaopatrzonych drzwiach i takichże okiennicach. Daléj wzdłuż korytarza ciągną się 2 obszerne, widne i wygodne sale, mieszczące w sobie gabinet fizyczny i komunikujące bezpośrednio z osobnem audytoryjum, przeznaczonem na wykłady fizyki i chemii, lecz niezupełnie jeszcze urządzonem. Gabinet fizyczny bardzo jest jeszcze ubogi i zawiera przedmioty najniezbędniejsze przy wykładzie w szczupłych zarysach. Kosztownych przyrządów brak zupełny. Najszczersze usiłowania profesora fizyki o pozyskanie takowych rozbijają się o brak odpowiednich środków. Gabinet profesora, przedstawiający niewielki, lecz miły i schludny pokoik, mieści się osobno, w najbliższem sąsiedztwie 3 obszerne sale są jeszcze zupełnie niezajęte i czekają dalszego przeznaczenia. Cała część środkowa uniwersyteckiego parteru zajętą jest po części przez przedsionek, zaopatrzony w wieszadła na których każdy student ma swój osobny numer wraz z wypisanem nazwiskiem. W ten sposób, zwłaszcza zimą, łatwa jest ze strony inspekcyi kontrola, o ile studenci do Uniwersytetu uczęszczają, miejsce bowiem nieobecnego studenta nie jest zajęte ani przez czapkę, ani przez szynel. Główną jednak część tego piętra zajmuje biblioteka. Rozpada się ona na 2 oddziały, lekarski i nielekarski, każdy sam w sobie. Lekarski oddział, mieszczący się po stronie prawéj, zawiera w sobie wszystkie dzieła lekarskie w języku rosyjskim i innych, jakie tylko biblijoteka posiada. Nowych wydań nader tu mało, za to starzyzny mnóstwo. Osobne szafy mieszczą w sobie biblijoteki, złożone Uniwersytetowi w darze przez proff. Basowa i Floryńskiego, o czem świadczą oddzielne, u góry pułek zawieszone napisy. W sali téj mieści się nadto kancelaryja biblijoteki. Drugi oddział, nielekarski, o wiele jest piękniejszy i bogatszy. Sala, nań przeznaczona, wielkich jest rozmiarów i tak wysoka, że 2 piętra zajmuje; na górne piętro, urządzone w postaci bardzo gustownéj i dogodnéj galeryi, prowadzą osobne schody. Ściany są przyozdobione portretami wszystkich ministrów oświaty państwa rosyjskiego w chronologicznym porządku. Tu się też mieści na długim stole alfabetyczny katalog biblijoteki, kartkowy, drukowany.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Wyciąg ze Sprawozdania Departamentu V. Wydz. krajowego (Szef Depart.: Dr. Franciszek Hoszard), Sejmowi przedłożyć się mającego.

W y d a t k i n a c e l e z d r o w i a p u b l i c z n e g o. W r. 1888 wydał fundusz krajowy na cele zdrowia publicznego kwotę 741.314 złr. Kwota ta jest od kwoty w budżecie preliminowanéj większą o 35.755 złr.; od kwoty wydanéj w r. 1887 większą o 36.602 złr., a od kwoty wydanéj w roku 1878 mniejszą o 64.038 złr.

W szczególności wypłacił fundusz krajowy: za leczenie ubogich 733.637 złr.; za szczepienie ospy ochronnéj 56.927 złr.;

za leki podczas epidemij 3.579 złr.; na dotacyję zakładu położnic i za podrzutki 8.188 złr.; razem 802.331 złr. Na to wpłynęło do dochodów fundnszu krajowego: Nadwyżki dochodów: od szpitala w Krakowie 14.298 złr.; od szpitala we Lwowie 6.400 złr.; od zakładu w Kulparkowie 26.349 złr.; zwroty zaliczek: od szpitali prowincyjonalnych 11.782 złr.; od gmin za zaległe koszta leczenia 1.629 złr.; za rachunki aptekarskie 559 złr.; razem 61.017 złr. Po potrąceniu téj kwoty, weszłéj do dochodów, od wypłaconych 802.331 złr., pozostaje rzeczywisty wydatek w kwocie 741.314 złr. a. w.

Ruch chorych i wydatki. Wszystkie nasze zakłady lecznicze miały w roku 1888 do dyspozycyi 3 734 łóżek, to jest o 68 łóżek więcéj niż w roku poprzedzającym. Tłumaczy się to większym napływem chorych do szpitali we Lwowie i w Krakowie, tudzież umieszczeniem szpitala rzeszowskiego w nowym budynku. Chorych pielęgnowano 40.831 t. j. o 788 więcéj, aniżeli w roku 1887, nie licząc 995 dzieci, zrodzonych w zakładach położnic; dni leczenia było 1,149.385 t. j. o 50.836 więcéj. Procent uzdrowionych wynosił w ogóle 72·6, procent zmarłych 9·1. Cała kuracyja chorego trwała średnio w szpitalach powszechnych 23·3 dnia, w zakładach dla położnic 22·5 dnia, w zakładach dla obłąkanych 165·6 dnia, w szpitalach dla dzieci 29·7 dnia, a przeciętnie we wszystkich 28·1 dnia. Wydatki wynosiły w zakładach leczniczych, z pominięciem szpitali dla dzieci, kwotę 724·045 złr.; z téj przypada na szpitale powszechne 514.961 złr., na zakłady położnic 34·750 złr.; na zakłady dla obłąkanych 174.334 złr. Oprócz tego subwencyjonuje fundusz krajowy szpitale dla dzieci we Lwowie i w Krakowie roczną kwotę 24.000 złr. Cała kuracyja chorego kosztowała w szpitalach 14 złr. 14 ct., położnicy 26 złr. 81 ct. a obłąkanego 133 złr. 79 ct. Utrzymanie dzienne chorego kosztowało średnio 60·57 centa, położnicy 1 złr. 19 ct., obłąkanego 80·77 centa. Żywność wraz z winem i pieczywem kosztowała na dzień i chorego średnio w szpitalach 19·8 centa, w zakładzie położnic we Lwowie 24·9 ct., w Krakowie 38·3 ct., w zakładach dla obłąkanych 28·3 ct. Leki wraz z potrzebami sanitarnemi kosztowały w szpitalach 4·8 centa, w zakładzie dla położnic we Lwowie 8·7 centa, w Krakowie 5·5 centa. w zakładzie dla obłąkanych 2·7 ct. W porównaniu z rokiem 1887 podniósł się odsetek wyzdrowiałych o 3·62, wynosił bowiem 72·61 na sto, zaś śmiertelność zmniejszyła się nieznacznie, bo o 0·21 i wynosiła 9·13 na sto. Pobyt średni chorego w zakładach wynosił 28·1 dnia, był więc dłuższy o 0·7 dnia niż w roku 1887.

Ruch podrzutków i koszta ich utrzymania. Wr. 1888 wypłacił fundusz krajowy za utrzymanie 260 podrzutków kwotę 13.535 złr. 95 ct., a mianowicie: za 13 dzieci we Lwowie 292 złr. 42 ct.; za 51 dzieci w Krakowie 1.731 złr. 60 ct; za 198 dzieci we Wiedniu 10.886 złr. 84 ct.; za 5 dzieci w Pradze 625 złr. 09 ct.; razem za 267 dzieci 13.535 złr. 95 ct.

Porównanie wydatków administracyjnych w naszych zakładach krajowych. Właściwe utrzymanie chorego było, jak zawsze, tak i w roku 1888, najtańszem w szpitalu lwowskim, wynosiło bowiem 68·27 centa na dzień. kiedy w zakładzie kulparkowskim wynosiło 74·62 centa, a w szpitalu krakowskim 80·85 centa. Samo żywienie kosztowało na dzień chorego we Lwowie 24·34 ct., w Krakowie 27·77 ct. a w Kulparkowie 28·43 centa. W porównaniu z rokiem 1887 były koszta administracyjne w lwowskim szpitalu w roku 1888 mniejsze o 1·4 centa, a w szpitalu krakowskim większe o 0·8 centa, w zakładzie kulparkowskim większe o 2·7 centa. Żywność była we Lwowie tańszą o 0·89 centa, w Krakowie tańsza o 0·24 ct. a w Kulparkowie droższą o 1·72 centa.

Petycyja gości kąpielowych w Zakopanem. Z powodu petycyi gości kąpielowych w Zakopanem o poprawę tamtejszych stosunków zdrowotnych, wniesionéj do Wysokiego Sejmu w roku 1888, któráśmy odstąpili c. k. Namiestnictwu, oznajmiło nam c. k. Namiestnictwo, że została otwartą tam z d. 1 stycznia b. r. apteka, że mianowanym został komisarz rządowy dla stacyi klimatycznéj w Zakopanem, że Wydział gospodarczy stacyi wyznaczywszy stałą płacę dla lekarza stacyi spowodował osiedlenie się w Zakopanem lekarza, że lekarz stacyi z komisarzem rządowym i naczelnikiem gminy odbyli dwukrotną rewizyję pomieszkań i kilkakrotne badanie wiktuałów, nabiału, owoców i t. d. dla usunięcia wszelkich usterek w tym względzie. Ponieważ nie wszyscy mieszkańcy zastosowali się do poleceń tych osób, c. k. starosta polecił: 1) przekształcenie pomieszkań i urządzenie latryn, 2) poczynił rozporządzenia w celu przeniesienia cmentarza poza obręb zabudowań i wybudowanie nowéj trupiarni, 3) zarządził przeniesienie jatek w odpowiedniejsze miejsce, 4) przeprowadził ułożenie taksy dla zakładów leczniczych i łazienek, 5) uzupełnił i zatwierdził instrukcyję dla lekarza stacyi klimatycznéj, oraz dla utrzymania porządku w rzeźni. Oprócz tego w ostatnim czasie zmieniono statut stacyi klimatycznéj, przez co tak interesa gości odwiedzających Zakopane, jako też Towarzystwa Tatrzańskiego słusznego doznały uwzględnienia.

Płace lekarzy w szpitalach na prowincyi: W sprawie petycyi lekarzy szpitali prowincyjonalnych, wniesionéj do Wysokiego Sejmu w r. 1888 L. s. 142 p. 104 o uregulowanie stanowiska i o stósowniejszy wymiar płacy, powziął Wysoki Sejm uchwałę, aby Wydział krajowy skłonił Rady gminne miast, w których się szpitale powszechne znajdują, do wyznaczenia z funduszów gminnych lekarzom szpitalnym płacy stosowniejszéj i odpowiedniéj liczbie leczonych chorych. Spełniając uchwałę Wysokiego Sejmu wezwaliśmy wszystkie wspomniane Zwierzchności gminne, ażeby sprawę będącą przedmiotem powyższéj uchwały, postawiły na porządku dziennym najbliższego posiedzenia Rady gminnéj, a o powziętych uchwałach doniosły nam jak najprędzéj. Gminy jednogłośnie odpowiedziały, że są zanadto ubogie, aby spełnić życzenie Wysokiego Sejmu i przez wyznaczenie z funduszów gminnych dodatku do płacy lekarzy, pracujących w szpitalach powszechnych, polepszyć ich byt. Od chwili objęcia z rąk rządu szpitali powszechnych w swój zarząd Wydział krajowy miał ciągle na oku położenie lekarzy i w miarę powiększenia się ich pracy, podwyższał płacę tam, gdzie to pozwalały oszczędności w gospodarstwie i administracyi bez podwyższenia taksy. Tym sposobem w miarę uporządkowania szpitali wszyscy lekarze, bez wyjątku, otrzymali pewne, aczkolwiek bardzo skromne podwyższenie płacy w porównaniu z tem, ile pobierali poprzednio. Jednak ponieważ i teraz płace te są jeszcze bardzo szczupłe w porównaniu z płacą lekarzy w zakładach krajowych, w porównaniu z płacą lekarzy w szpitalach prowincyjonalnych w innych krajach koronnych i z tym zakresem czynności, jaki się wymaga od lekarzy w szpitalach powszechnych na prowincyi, postanowiliśmy w miarę uproszczenia administracyi i osiągania większych oszczędności w gospodarstwie stopniowo, bez szczególnych ofiar i bez podwyższenia taksy polepszać byt lekarzy; ilość bowiem chorych w miarę wzrostu ludności zwiększa się, a zwiększenie się ilości dni leczenia przysparza więcéj dochodów szpitalom. W płacach lekarzy w szpitalach prowincyjonalnych ustanowiliśmy pewne stopniowanie, stósownie do pracy, jaką każdy ma w zakładzie przez siebie kierowanym, a mianowicie: W szpitalach wykazujących 15 tysięcy dni leczenia, a zatem do 40 chorych pielęgnowanych dziennie, wyznaczyć lekarzowi ordynującemu 500 złr. rocznie, a lekarzowi pomocniczemu od 250 złr. do 300 złr., czy tym pomocnikiem będzie chirurg czy dyplomowany doktor medycyny i chirurgii. W szpitalach od 15—25 tysięcy dni leczenia i o 60 chorych dziennie 600 złr., pomocnikowi 300 złr. W szpitalach od 25—35 tysięcy dni leczenia i o 90 chorych dziennie 700 złr., pomocnikowi 350 złr. W szpitalach wyżéj 35 tysięcy dni leczenia i o 100 chorych dziennie 800—900 złr., pomocnikowi 400 złr.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 3 października. We wtorek d. 8 b. m. odbędzie się uroczyste otwarcie roku szkolnego w Uniw. Jagiell. Po nabożeństwie o godz. 9 w kościele św. Anny odbyć się mającem, ustępujący rektor zda sprawę w auli uniw. z roku ubiegłego, poczem rektor tegoroczny prof. Korczyński obejmie urzędowanie i wygłosi odczyt p. t.: „Ogólne prawidła ustroju człowieka w stanie zdrowia i choroby, objaśnione przykładami z zakresu fizyjologii i patologii krwi.“

* W programie uroczystości otwarcia kliniki chirurgicznéj zaszła zmiana taka, że odpada raut, który przez profesorów Uniwersytetu miał być urządzony na cześć p. Ministra Oświecenia, a to z powodu, że p. Minister bezpośrednio po uroczystości wyjeżdża z p. Namiestnikiem do Zakopanego celem zwiedzenia tamecznych zakładów.

* Dalsze wykłady na Zjazd chirurgów zapowiedzieli:

32. Dr. Jasiński (Z Warszawy). Leczenie ropni gruźliczych metodą Mikulicza.

33. O wynikach stosowania balsamu peruwijańskiego przy leczeniu gruźlicy tkanek dostępnych (skóra, kości, stawy).

34. O resekcyi gałęzi zewnętrznéj nerwu przydatkowego Willisa.

35. O rhichanotrepanacyi Stollowskiéj.

36. O skolijozach neuropatycznych.

37. Dr. Browicz (z Krakowa). O zmianach chorobowych w *tonsilla tertia* (demonstracyja).

* **Uwaga**. Z powodu doszłego nas zapytania oświadczamy, że członkowie Zjazdu nie mają cen zniżonych na żadnéj kolei.

* Fizyk m. Krakowa, Dr. Buszek, otrzymał od p. Ministra Oświecenia podziękowanie i uznanie za skuteczne pełnienie obowiązków zastępcy profesora weterynaryi przez 12 półroczy.

* Kol. Dr. Józef Ulanowski w Lublinie nadesłał 2 ruble na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach.

* Dr. Albin Kazimierz Schwarz, asystent przy klinice chorób skórnych i wenerycznych U. J., objął czynności lekarza policyjnego w Krakowie.

* W Nrze 26-ym i 27-ym *Przeglądu Lekarskiego* z roku bież. zastanawiając się nad przedłożonym Radzie państwa projektem nowéj ustawy karnéj austryjackiéj, o ile ona obchodzi nie tylko lekarzy sądowych, ale stan lekarski w ogólności, zwróciwszy uwagę na kilka przepisów ustawy, dla lekarzy uciążliwych, a krzywdzących stan nasz, wyraziliśmy zdanie, że byłoby na czasie, aby grona lekarskie, dopóki jeszcze czas, wystąpiły w obronie stanu, wystosowując petycyję do Rady państwa przeciw brzmieniu owych paragrafów. Obecnie, gdy minęły wakacyje, a wracamy wszyscy do swych zajęć, uważamy za obowiązek przypomnieć sprawę tę naszym Towarzystwom lekarskim, tem bardziéj, że już stowarzyszenia lekarskie niemieckie uchwaliły wniesienie podobnych petycyj (*Wiener mediz. Presse* Nr. 39), a inne zapewne pójdą za ich przykładem. Nie powtarzamy uwag podanych w powyżéj przytoczonych numerach naszego tygodnika, w nadziei, że Tow. lekarzy galicyjskich, jako też Tow. lekarskie krakowskie zechcą rychło wziąść pod dojrzałą swą rozwagę kwestyję tę tak ważną dla wszystkich lekarzy.

* Rezulat dotychczasowy egzaminów fizykackich w Austryi. Od czasu wprowadzenia tych egzaminów, t. j. od roku 1873 zgłosiło się 508 lekarzy i 380 weterynarzy. Z 508 lekarzy przystąpiło do egzaminu we Wiedniu 161, w Krakowie 122, w Gracu 94, w Pradze 87, a w Insbrucku 44. Z liczby 508 złożyło egzamin celująco w Wiedniu 23 (14%), w Krakowie 27 (22%), w Gracu 20 (21%), w Pradze 24 (27%), w Insbruku 24 (54%); przepadło we Wiedniu 21 (13%), w Krakowie 9 (7·4%), w Gracu 6 (6·4%), w Pradze 7 (8%), w Insbrucku 2 (4·5%). Ogółem złożyło dotąd egzamin fizykacki 458 lekarzy. (*D. österr. Sanit.* 1889, Nr. 39).

† **Rosyja**. Nagrodę za najlepszą pracę umieszczoną w wydawnictwach kaukazkiego Tow. lekar. uzyskał Dr. Sacharow za swoje „badania nad pasorzytem gorączkę wywołującym“ i za artykuł „o podobieństwie morfologicznem pasorzytów duru powrotnego i zimnicy“.

Ministerstwo oświaty udzieliło uniwersytetowi kazańskiemu 100,000 rubli w tym roku na 1) przebudowanie biblijoteki i pracowni chemicznéj; 2) na ostateczne wykończenie nowego gmachu uniwersyteckiego i 3) na rozszerzenie gabinetu fizyjologicznego.

† **Ameryka**. W Nowym-Yorku jest 27 szpitali prywatnych, na utrzymanie których wydaje się rocznie 765,000 dolarów. Z tych 440,000 pochodzą z ofiar prywatnych. Rozchód na 8 szpitali do miasta należących wynosi 440,000 dolarów.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Dorpat**. W ciągu ubiegłego roku szkolnego zaszły w wydziale lekars. następujące zmiany: Dr. Barfurth powołany został na katedrę anatomii porównawczéj; docent chirurgii Dr. Koch zrzekł się docentury, a natomiast habilitował się jako docent chirurgii Dr. Werner Zoege v. Manteuffel; docent med. wewnętrznéj, dermat. i syfilidologii. Dr. Teodor Openchowski przeniósł się do Petersburga jako docent w instytucie klinicznym W. X. Heleny Pawłownéj. **Petersburg**. Dr. Hołyniec wybrany został docentem statystyki i geografii lekarskiéj.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KARLIŃSKI: Zur Frage über die Entstehung d. typh. Pneumonie. (Obitka z *Fortschr. d. Med.* 1889) in 8-vo str. 6.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Wiadom. Lek.* z. 14: Pawlikowskiego: Choroby zakaźne we Lwowie (c. d.); Piska: O nerwowéj niemocy serca; Sëea: Terapija chorób serca (c. d.).—W *Gazecie Lek.* Nr. 38: Elsenberga: Przymiot i gruźlica; Wróblewskiego: Wyrośle adenoidalne w nosowéj części gardziela (c. d.)—W *Medycynie* Nr. 38: Grundzacha: O rozpoznawaniu chorób żołądka i kiszek za pomocą „fizyjolog.“ metody badania.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.